

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Diagnostic et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0046929

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2862

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

RETRAITE

Nom & Prénom :

BELHABRA AHMED

Date de naissance :

01/01/1954

Adresse :

RUE 92 NR 32 GRP-B OULFA CASA

Tél. :

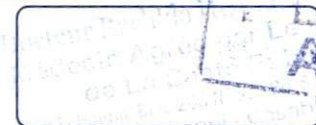
0667661266

Total des frais engagés :

482,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/09/2020

Nom et prénom du malade :

STALI RABIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Digestive

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 10/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/2020	282,50

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

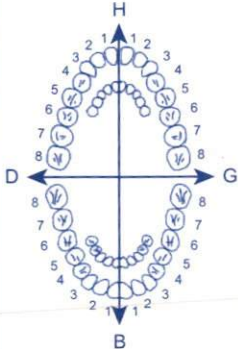
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
	</					

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																	
		DATE DU DEVIS																	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 | 21433552

00000000	00000000
----------	----------

10

- G

00000000 | 00000000

35533411 | 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS



Casablanca, le 8-9-202

• الطب العام

• حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

• حائزة على دبلوم الطب الرياضي

• حائزة على دبلوم التغذية والحمية

التغذية الوظيفية

• حائزة على دبلوم داء السكري

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Diplômée en Médecine du Sport

Diplômée en Nutrition-Dietetique

Nurition Fonctionnelle

Diplômée en Diabétologie

STAILI Raha



Medazol 500

1 cp x 2h
au milieu des rep.

2/ Proclafen

99,00

1 sachet

3/ Inazal

96,00

1 gel x 2h

Avant repas x 2 Sucre

2450 x 4/ sparsan

1 cp x 3 au début
des rep.

درب الحرية، شارع سيدي عبد الرحمان، بلوك 208، رقم 58 - الحي الحسني
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 23 81

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, Bloc 208, N° 58 - Hay Hassani
Casablanca - Tél. : 05 22 90 23 81
E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com

282.50

30 COMPRIMES ENROBES
30 قرص ملبس



phloroglucinol 80 mg / triméthylphloroglucinol 80 mg



fabriqué sous licence par :



Zenith Pharma

96, Zone industrielle Tassila Inezgane - Agadir - Maroc.
Dr M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable.

Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants
يحفظ بعيداً عن متناول ونظر الأطفال.
AMM N° 451/14 DMP/21/NRQ

27,50



Spasfon®
30 comprimés enrobés



6 11 8000 330226

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المقادير وكيفية الاستعمال:
اقرأ البيان داخله.

Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi :
lire notice intérieure.

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

METROZAL®

Métronidazole 500mg
Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 32,50 DH



6 118000 190967

مضاد حيوي - مضاد للطفيليات

ميتروزال 500 ملغ

ميترونيديازول



شالينيكار

عن طريق الفم

قرصا

20

ميتروزال 500 ملغ
20 قرصا

Lot N°/Date Per. :



PRODEFEN apporte 7 souches de bactéries bénéfiques (probiotiques) qui aident à rétablir l'équilibre de la microflore intestinale.

Ingredients :

Fructooligosaccharides 990 mg/sachet.

Souches probiotiques 1×10^9 UFC/sachet. Voir la liste détaillée ci-dessous.

Souches probiotiques

Lactobacillus casei PXN® 37™
Lactobacillus rhamnosus PXN® 54™
Streptococcus thermophilus PXN® 66™
Bifidobacterium breve PXN® 25™
Lactobacillus acidophilus PXN® 35™
Bifidobacterium infantis PXN® 27™
Lactobacillus bulgaricus PXN® 39™

POIDS NET pour 10 sachets : 10,0 g

Mode d'emploi :

Dose journalière recommandée: prendre un sachet par jour pendant ou après les repas. Dissoudre le contenu du sachet dans de l'eau, du lait ou du jus.

Avertissements :

- Prodefen contient des traces de soja et de dérivés lactés.
- Prodefen contient des traces de lait qui n'affectent pas les personnes intolérantes au lactose.
- Ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.
- Ne doit pas être utilisé comme substitut d'une alimentation variée et équilibrée et un mode de vie sain.
- Conserver dans un endroit frais et sec, loin de la lumière directe du soleil. Ne nécessite pas de réfrigération.
- Maintenir le produit hors de la portée des enfants.

Sans gluten.

Complément alimentaire n'est pas un médicament

PXN est une marque déposée de Probiotics International Limited (Protexin).
Tous droits réservés

Lot: 110186
Date de Fab: 05.2019
Date de Pér: 05.2021
PPC: 99 Dhs





28 gélules

Prazol[®] oméprazole
20 mg

28 gélules

Microgranules gastrorésistants

28

Prazol[®] oméprazole
20 mg

Voie orale

b bottu s.a
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV : 96DH00
PER : 04/21
LOT : H1799-5

